FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 **THÈSE** N° –

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 avril 1904, à 1 heure.

PAR

Armand-Émile-Paul SAUVAGEOT

De la Rupture des Collections Tubaires

AU COURS DU PALPER ABDOMINAL

ET DU MASSAGE GYNÉCOLOGIQUE

Président : M. BERGER, *professeur.*

Suffragants : M. BUDIN, *professeur.*
MM. RICARD, DEMELIN, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
H. JOUVE
15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL.
	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	HAYEM.
Clinique médicale	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale	LE DENTU.
	TERRIER.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
	PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE	THIERY
BESANÇON		MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef des travaux anat.)	
DUPRE	LEGRY		

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Chirurgien de l'hôpital Broca,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

Sur le point de quitter la Faculté, au terme de nos études, un devoir pressant nous sollicite, et c'est avec empressement que nous saisissons cette occasion d'exprimer nos sentiments, et d'assurer de notre reconnaissance tous ceux, professeurs et camarades, qui nous ont guidé, suivi et assisté dans ces trop courtes années que nous avons passées ensemble.

A M. le Docteur Legueu, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Trousseau, revient la plus grande part : qu'il nous permette de le dire, il fut pour nous plus qu'un Mentor, presque un ami, nous guidant dans nos devoirs, nous éclairant de ses lumières, depuis le début de nos études, jusqu'à notre thèse dont il a bien voulu nous donner le sujet.

Nos remerciements aussi à nos Maîtres de la première et de la dernière heure, à MM. les Professeurs Landouzy et Guyon, de l'Académie de Médecine, à MM. Beurnier, Barié, Queyrat, chirurgien et médecins des hôpitaux.

Que M. le Docteur Lepage, professeur agrégé, accoucheur de la Pitié, qui nous a initié à la science obstétricale, et dont nous avons suivi le service pendant près de huit mois, veuille bien nous permettre

de lui adresser l'expression de notre profonde reconnaissance.

Enfin, à M. le Professeur Pozzi, qui nous a fait le très grand honneur de vouloir bien accepter la présidence de notre thèse, nous adressons nos plus respectueux remerciements.

De la Rupture des Collections Tubaires

AU COURS DU PALPER ABDOMINAL

Et du Massage Gynécologique.

I

INTRODUCTION

On ne saurait se douter, à la lecture des Traités modernes de gynécologie abdominale, que l'exploration des annexes dont est exposé avec force détails le *modus faciendi* puisse faire courir à la patiente le moindre danger.

De même, à l'hôpital, le jeune étudiant qui fait ses premières armes débute en général dans l'art du toucher et du palper combinés, en toute innocence sans soupçonner la gravité possible de cette manœuvre. Quand, par hasard, dans un service, on trie et sélectionne les malades qui peuvent être examinés, le facteur recommandation, et le facteur nervosisme déterminent le choix. Pelvi-péritonites, hématocèles

seront également laissées en paix. Mais qui penserait qu'une collection tubaire enkystée, pourrvu qu'elle ne soit que peu douloureuse, n'est pas, pour les jeunes, le champ d'exercice rêvé ?

Certes, les accidents sont rares, mais rares aussi sans doute les cliniciens qui ont eu le courage de publier les ruptures qu'ils avaient occasionnées.

Il est difficile, il serait artificiel, de séparer les accidents du toucher bi-manuel des accidents du massage gynécologique.

On sait que nombre de médecins ont fait masser des pyo-salpinx, que nombre de masseurs réclament pour eux ces cas. On sait moins les accrocs qui ont pu se produire, et qui ne sont jamais relatés. Souvent les auteurs sont tombés dans ce travers regrettable d'attribuer la possibilité de tels accidents à la technique défectueuse du voisin. Aussi remercions-nous vivement M. le Dr de Frumerie, dont la compétence en matière de massage est indiscutable. On trouvera plus loin dans ce travail les cas intéressants qu'il nous a communiqués. Il a compris que l'aveu d'un insuccès n'a jamais déshonoré, et qu'une bonne méthode ne peut que gagner à ce que l'on précise ses indications.

Souhaitons que son exemple soit compris et suivi par tous ceux qui traitent du massage gynécologique et s'y intéressent.

II

Quand on étudie un accident rare, voire exceptionnel, il nous paraît utile de ne pas suivre le plan habituel, lequel consiste à traiter d'abord son sujet, et à ne produire qu'à la fin ses pièces justificatives. Ces pièces justificatives, qui sont les observations, prennent, à mesure qu'elles sont moins fréquentes, une importance plus considérable, en arrivent même parfois à être tout le sujet, de telle sorte qu'il faut les mettre dès l'abord sous les yeux du lecteur, pour pouvoir en tirer ensuite les conclusions qu'elles comportent. Telle doit être, ce nous semble, notre ligne de conduite : recherchant d'abord ce que les auteurs ont écrit concernant les dangers du toucher bimanuel, réunissant ensuite les cas qui ont été publiés, nous pourrons mesurer le danger que comporte l'exploration des annexes, déterminer peut-être certains facteurs pathogéniques, préciser ainsi la technique du toucher combiné, enfin exposer la thérapeuthique que réclament de pareils accidents. Nous n'aurons alors qu'à découper dans les traités de chirurgie et de massage, les manœuvres préconisées pour le traitement des pyo-salpinx, les accidents

provoqués, avoués ou non, et nous nous demanderons alors si l'on doit, ou si l'on peut adresser au masseur des malades porteuses d'une collection suppurée de la trompe.

Les collections tubaires sont d'ordre divers : séreuses ; hydro-salpinx suppurés : pyosalpinx hématiques : hémato ou gravido-salpinx. Nous ne pouvons en séparer, cliniquement, les collections péritubaires, soit séreuses, soit purulentes.

Dans le premier cas, il s'agit de ces poches séreuses, à parois extrêmement minces, à formation extrêmement rapide, étudiées par M. Legueu dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu de 1901 ; dans l'autre, des divers abcès péritubaires, jusques et y compris la pelvi-péritonite enkystée, dont les rapports avec les lésions annexielles sont actuellement bien établis. Enfin les kystes ovariens ou para-ovariens demeurés pelviens, et justiciables du toucher bi-manuel, doivent être également pris en considération dans cette étude, à moins de limitation vraiment trop subtile.

Pozzi signale simplement, dans son beau traité de gynécologie clinique et opératoire, les dangers de l'examen gynécologique dans quelques-uns de ces cas :

« L'examen physique sera fait par la palpation bimanuelle combinée avec le toucher rectal. On doit y procéder avec de grands ménagements ; des accidents graves, et même mortels, ont été causés par la rupture d'un pyo-salpinx trop violemment exploré ». (P. 648).

« Le toucher rectal complétera les renseignements sur le volume et les connexions de la tumeur. On devra pourtant se souvenir que ces explorations nécessitent de grands ménagements, vu le danger de rupture et d'hémorrhagie foudroyante qui peut en résulter ». (P. 852).

Dans une note de la même page, il signale le cas de mort survenu au cours d'une exploration, rapportée par Maas dans sa thèse inaugurale (Berlin, 1887).

Faure, dans son excellente *Chirurgie des annexes de l'utérus,* reste muet sur les dangers du toucher bimanuel.

Delbet, qui cite 30 cas de rupture péritonéale de pyo-salpinx, ne rapporte aucun fait de rupture au cours du toucher ou du palper. Il fait simplement allusion aux cas de Martin, dont nous parlons plus loin, et recommande « les précautions et la douceur dans l'examen des tumeurs dont on soupçonne l'origine ovarique ou tubaire ». Il cite par contre des ruptures tubaires au cours de petites interventions sur l'utérus : hystérométrie, dilatation aux bougies d'Hégar, etc... Enfin, à propos des pelvi péritonites enkystées, il signale la rupture possible *dans le vagin,* à la suite d'un toucher « même très prudent ».

En 1900, Vuillième consacre sa thèse inaugurale à la rupture des collections enkystées de l'abdomen au cours du palper abdominal : les collections tubaires n'y occupent qu'une place restreinte : nous publions plus loin les observations qu'il rapporte : pour lui, les ruptures provoquées ne sont que des « ruptures

spontanées déguisées ». « Le palper est venu hâter simplement une terminaison imminente ; en aucune façon on ne saurait dire qu'il l'a causée ; il en a été la cause occasionnelle », et il signale « des causes de rupture spontanée, et par conséquent de rupture par le palper ». M. Legueu, après avoir exposé dans une clinique de l'Hôtel-Dieu, en 1901, la rupture, sous ses mains, d'une collection séreuse péritubaire, vient de communiquer, en 1902, à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiâtrie, deux observations personnelles de rupture de pyo-salpinx au cours d'un examen gynécologique, « pensant qu'il y avait intérêt à les publier, pour montrer comment on peut, au cours du palper abdominal, rompre une collection tubaire, comment on doit reconnaître l'accident, et comment, enfin, il faut y remédier ».

Enfin, dans sa thèse, qui date de quelques mois à peine, au chapitre « Rupture des grossesses ectociques », Aguinet signale le toucher vaginal en ces termes :

« Nous mentionnerons seulement le toucher vaginal, qui, dans plusieurs de nos observations, a été suivi de rupture du kyste fœtal, bien que les observateurs déclarent l'avoir pratiqué avec précaution. Nous-même avons vu survenir une inondation péritonéale mortelle, deux minutes après que nous avions pratiqué un toucher prudent ».

Les auteurs anglais et américains sont infiniment plus laconiques : l'admirable *Operative Gynecology* de Kelly est absolument muet sur la question.

En Allemagne, au contraire, quelques auteurs signalent les accidents qui nous occupent.

Nous avons déjà cité, avec Pozzi, la thèse de Maas. Mais c'est surtout Martin, qui dans ses divers ouvrages, parle des ruptures tubaires involontairement provoquées :

« Une autre difficulté pour l'édification du diagnostic réside dans les adhérences que la tumeur contracte presque toujours avec les organes circonvoisins. Cette tumeur se présente sous la forme d'une masse unique volumineuse, noueuse et de consistance variable. Les tentatives destinées à isoler les divers éléments constituants peuvent provoquer très facilement la déchirure des adhérences et la rupture de la poche. Dans certains cas, j'ai vu ces ruptures n'être suivies que d'accidents très légers ; il semblait même qu'il y eut quelque amélioration et de la tendance à la guérison. Dans d'autres, au contraire, il survint des hémorrhagies profuses vers la cavité abdominale, dont je ne devins maître qu'en pratiquant au plus tôt la laparotomie pour tarir la source du sang, et enlever celui qui s'était épanché. Dans d'autres cas encore, nous constatâmes de violents symptômes péritoniques et un collapsus profond, il fallut ouvrir la cavité abdominale pour remédier aux accidents. Dans les deux genres de complications, le résultat de l'intervention fut toujours très satisfaisant, il est vrai, mais cela n'empêche qu'il faut tâcher d'éviter à tout prix de se trouver dans la nécessité de faire la laparotomie dans de pareilles conditions. On devra donc agir avec la

plus grande prudence ; et la prudence défend de soumettre à une palpation dangereuse une tumeur située à côté de la matrice et en rapport avec elle par son extrémité utérine qu'on est tenté, par conséquent, de regarder comme un oviducte malade, et cela dans l'unique but d'assurer le diagnostic » (A. Martin. *Traité clinique des Maladies des Femmes*. Deuxième édition 1887. Traduct. Varnier et Weiss, p. 474).

Martin est revenu sur le même point en 1895 dans son *Traité des Maladies des Trompes*. A propos d'hydrosalpinx, il signale d'une part des ruptures spontanées (2 cas), d'autre part des ruptures à l'occasion d'un examen (11 cas) avec vérification opératoire un ou deux jours après. Il fait à ce propos remarquer judicieusement que, même s'il s'agit d'hydro-salpinx, la rupture n'est pas forcément bénigne, et que si pyosalpinx veut dire poche salpingienne à contenu septique, hydrosalpinx ne veut nullement dire le contraire.

Schrœder, de son côté, à propos de la rupture abdominale des pyosalpinx, écrit : « Plus souvent l'oviducte éclate, grâce à quelque processus d'ulcération ou à la suite d'un traumatisme, *ou même après la palpation exercée par le médecin*, et détermine une péritonite mortelle ».

Contrairement à notre attente, nous n'avons rien trouvé touchant notre sujet dans le volumineux et récent Traité de Veit.

Enfin Falk (*Deutsche Medical zeitung*, juin 1901), cite parmi les causes de l'interruption de la grossesse

tubaire, un « examen brutal ». mais sans en donner d'exemple.

En somme, ces diverses citations nous montrent que nombre de gynécologistes connaissent réellement les dangers de l'exploration pelvienne, mais qu'ils n'en parlent qu'à contre-cœur ; dans aucun traité, la possibilité des accidents ne figure au chapitre « Exploration des organes abdominaux ou pelviens », même quand ce chapitre est traité, comme dans l'ouvrage de Kelly, avec un soin tout particulier.

Aussi, n'allons-nous rapporter qu'un petit nombre de faits, souvent écrits de seconde main, quelquefois incertains, comme si c'était ce caractère incertain de la rupture qui avait encouragé les auteurs à publier leurs cas.

III

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Legueu).

Rupture de pyosalpinx au cours d'un examen gynécologique. — Laparotomie immédiate. — Guérison.

Madame X..., 27 ans, entrée à Necker, salle Laugier, n° 15, en décembre 1895.

Cette malade était entrée à l'hôpital pour des douleurs de ventre et des pertes de sang.

Sans enfants, n'ayant non plus jamais eu de fausse couche, elle commença il y a quatre ans à éprouver des douleurs dans le bas-ventre, au moment de ses règles surtout. Elle continua cependant à travailler pendant 18 mois, à ce moment sa santé s'aggrave subitement : elle eut dans le ventre des douleurs plus vives, des accès de fièvre vespéraux. Elle consulta son médecin et on lui aurait fait une incision vaginale suivie de drainage (probablement une colpotomie).

A la suite de cette opération, elle se remit presque complètement, les douleurs disparurent, elle eut cependant des règles très abondantes, mais malgré cela, elle avait repris une bonne santé, et continuait à travailler, lorsque, il y a quatre semaines, environ, elle se remit à souffrir à nouveau.

Les douleurs qu'elle éprouve sont localisées dans le ventre, des

deux côtés, elles sont presque continuelles, retentissent du côté des reins. En même temps elle perd en blanc abondamment.

A l'examen que je pratique le 20 décembre, je constate au palper une grosse tumeur médiane sous-pubienne, remontant à 4 travers de doigt au-dessus du pubis.

Cette tumeur est mobile par son pôle supérieur, elle est douloureuse et paraît nettement dépressible. Au toucher, je trouve le col petit, non ulcéré au fond du vagin : le cul-de-sac gauche est libre, le cul-de-sac droit au contraire est empâté.

Pour définir la nature de cette tumeur, je cherchai avec ma main droite placée sur l'abdomen, à sentir soit le fond de l'utérus, soit la dépendance de la tumeur avec l'utérus. Je parvins à sentir le fond de l'utérus en antéflexion au-dessous de la tumeur, au-dessus de la vessie.

Mais, au moment où j'appliquais une dernière fois la main sur la tumeur, je sentis un tout petit craquement, la malade ressentit une sensation douloureuse, et la tumeur s'affaissa instantanément.

Il ne pouvait y avoir aucun doute, je venais de rompre une poche. Et sans attendre que les accidents se développent, je fis préparer de suite ce qu'il fallait pour faire une laparotomie d'urgence.

Le passé de cette malade, l'induration constatée dans le cul-de-sac droit, tout cela me faisait supposer que je venais de rompre un pyosalpinx. Je n'étais pas renseigné sur le degré de septicité du pus ; dans le doute, il fallait opérer d'urgence par la laparotomie.

L'opération fut pratiquée environ une heure et demie après le moment de la rupture. La malade, anesthésiée et aseptisée, fut placée en position déclive. A l'ouverture du ventre, il s'échappe du pus et du sang ; le pus baigne les anses intestinales, celles-ci sont épongées avec des compresses et réclinées, puis protégées

Au-dessus de l'utérus, et sur la ligne médiane apparaît une poche ridée, affaissée : c'est la trompe du côté gauche placée en situation sus-utérine, et dont le contenu, environ 200 grammes, d'après le volume de la poche, s'est répandu dans le ventre.

La déchirure, une déchirure nette, siège au point de la connexité le plus aminci.

La trompe est enlevée, ainsi que l'ovaire, qui, altéré aussi, est sous-jacent à la trompe.

A droite, il existe dans le cul-de-sac postérieur une salpingo-ovarite également suppurée ; celle-ci très adhérente est enlevée avec peine et son pédicule est lié près de la corne utérine.

L'utérus est laissé en place. Le pelvis est nettoyé avec des compresses aseptisées. J'établis un drainage à la Mickulicz dans le cul-de-sac postérieur, et la paroi abdominale est suturée par un triple étage de sutures.

L'opération avait duré 25 minutes.

Les suites furent simples : le premier jour, la malade n'eut ni fièvre, ni vomissements. Elle resta calme, et on ne jugea même pas utile de lui faire du sérum. Le pouls est à 100.

Le lendemain, le pansement extérieur, très taché, fut changé. Les mèches furent enlevées le 3e jour et remplacées par un tube.

La température ne s'éleva pas au-delà de 38° ; le pouls se montra maximum au 2e jour à 108, mais descendit dès le lendemain à 100.

Au bout de 4 semaines, la malade quittait l'hôpital guérie ; la fistule s'était oblitérée au 18e jour.

OBSERVATION (Legueu)

Rupture de pyo-salpinx au cours du palper bi-manuel. — Laparatomie immédiate, Guérison.. (Obs. rédigée par M. Rebreyend, interne du service).

Mme X..., 27 ans, entrée à l'hôpital Broca le 22 août 1899, dans le service du professeur Pozzi, que j'avais l'honneur de remplacer.

Réglée à 12 ans, règles régulières, abondantes et très douloureuses durant de 5 à 6 jours. Jamais d'enfants ni de fausses-couches.

Depuis plus de 14 ans, pertes jaune-verdâtre, dont le début est obscur : elles sont très abondantes, continuelles, sans odeur ; elles n'occasionnent pas d'irritation. Depuis 3 semaines, elles ont augmenté, et s'accompagnent de douleurs à la miction. En même temps, les douleurs abdominales diffuses auxquelles cette malade était sujette ont pris un caractère aigu et se sont localisées dans les deux fosses iliaques, principalement à gauche.

Ces douleurs s'irradient aux cuisses, aux reins, à l'anus ; elles présentent le caractère paroxystique ; les mictions sont fréquentes et un peu douloureuses.

Au toucher, on trouve un col de nullipare, petit laissant sourdre un pus jaune verdâtre.

Du côté droit, on trouve des annexes très volumineuses, douloureuses, prolabées derrière l'utérus ; à gauche, volumineuse tumeur occupant le cul-de-sac avec empâtement considérable, très douloureuse. Elle remonte à près de 6 centimètres au-dessus de l'arcade crurale.

Diagnostic. — Métrite blennorrhagique. Pyosalpinx double surtout à gauche. Cystite blennorrhagique.

Le 29 août 1889, à la visite du matin, pendant l'exploration bi-manuelle de la tumeur, M. Legueu a l'impression d'une rupture brusque de la tumeur. La malade perçoit au même moment cette rupture, mais sans ressentir de douleur vive. La masse que l'on sentait par l'abdomen disparaît complétement.

La malade n'accusant aucun trouble immédiat, on décide seu-

lement de la surveiller, et de se tenir prêt à intervenir, le cas échéant.

Dix minutes au plus après l'accident, débutent des symptômes extrêmement violents ; douleur atroce généralisée à tout l'abdomen ; vomissements verts, bilieux ; affolement et petitesse du pouls avec tendance à la syncope, ces derniers signes sont si prononcés, que l'on pense à une hémorragie interne.

En présence de cet état grave, on porte la malade à la salle d'opérations ; l'intervention est pratiquée 1 heure au plus après la rupture de la poche.

Opération par M. Rebreyend, interne du service.

Laparotomie. Incision de 10 centimètres. En prévision de l'inondation possible du péritoine par le sang ou le pus, on s'abstient d'abord de mettre la malade en position déclive. Sitôt le péritoine incisé, issue très abondante d'un pus brunâtre, au milieu duquel nagent de petits caillots. On éponge tant que l'on peut ce pus, en insinuant dans le petit bassin de grandes compresses aseptiques.

L'intestin minutieusement protégé par des compresses aseptiques larges, superposées en plusieurs couches, on remarque que les anses intestinales qui se présentent les premières à la vue sont rouges, congestionnées.

La malade est, seulement alors, mise en position déclive. On trouve à gauche un énorme pyosalpinx, développé aux dépens de la portion externe de la trompe ; les deux tiers internes sont seulement très épaissis, flexueux, congestionnés.

Ce pyosalpinx, très adhérent et extrêmement friable, présente à peu près à un centimètre de l'endroit où la trompe se dilate, une rupture dans le sens transversal, de 6 à 7 centimètres de longueur, par où s'échappe en abondance du pus brunâtre, à la pression de la tumeur.

Celle-ci est décortiquée avec les plus grandes difficultés, et

extirpée par lambeaux, mais presque en totalité, sauf sa partie tout-à-fait profonde. Ligature de la trompe au ras de la corne utérine ; ligature isolée du ligament rond. On bourre provisoirement une compresse dans la cavité pour explorer le côté droit.

De ce côté, gros pyosalpinx très adhérent, et comblant en partie le Douglas, qui est totalement fermé par des adhérences. En outre, une anse d'intestin grêle passe transversalement au-dessus et en arrière de la tumeur en lui adhérant intimement.

On détache l'anse intestinale adhérente, et l'on essaie de décortiquer la tumeur ; celle-ci crève pendant les manœuvres, et l'on doit, comme la précédente, l'extirper par morceaux ; heureusement la grande cavité est bien protégée, et l'on peut éponger le pus au fur et à mesure de son issue au dehors.

Hémostase comme de l'autre côté. Ligature de la trompe au ras de l'utérus, ligature isolée du ligament rond.

La tumeur a absolument la même disposition que la précédente.

On fait alors une revue hémostatique des deux côtés. On lie quelques points saignants, et l'on fait de chaque côté un surjet hémostatique et occlusif, prenant les deux feuillets du ligament large, et chargeant autant que possible le fond de la cavité de décortication.

De chaque côté, dans la zone limitée où les feuillets du ligament large ne peuvent être adossés, on bourre, cette fois définitivement, une mèche de gaze iodoformée.

Trois autres mèches sont placées ensuite derrière l'utérus, dans le Douglas reconstitué par décollement, de façon à former une sorte de rideau transversal au-dessus du petit bassin.

La paroi est suturée par trois surjets de catgut, (séreux, musculaire cutané) ; un point profond au fil d'argent renforce la suture en son milieu.

L'opération a duré 1 h. 1/4.

La malade est reportée dans son lit ; on lui fait dans le courant de la journée, 1500 grammes de sérum en trois fois ; deux pilules d'extrait thébaïque de 0 gr. 05 chacune. La malade se réveille tranquillement ; elle vomit une seule fois dans la journée. La température qui était de 39°4 avant l'opération, descend de : 1° (38°4), sitôt la malade reportée dans son lit ; pouls : avant l'opération, 120 ; après l'opération, 100, le soir, 120.

Le lendemain, même état, ni ballonnement, ni vomissements, ni nausées ; 1000 grammes de sérum en 2 fois ; même dose d'extrait thébaïque ; température, 39°4, 39°2. Pouls, 130, 120. A partir de ce jour, pouls et température descendant parallèlement ; on constipe encore la malade 2 jours, on lui continue la même dose de sérum. Le cinquième jour, purgatif léger, selle abondante.

Le quatrième jour (2 septembre), la température est tombée à 38°2 ; le pouls se maintient à 100 ; on enlève sans incident toutes les mèches ; on les remplace par un drain.

Le lendemain, température 37°6, 37°8 ; raccourcissement du drain, ablation du fil profond le 4 septembre ; suppression définitive du drain le 5.

La guérison se poursuit sans aucun incident.

OBSERVATION III (Legueu).

Rupture d'une collection séreuse péritubaire au cours d'un examen gynécologique. — Laparatomie immédiate. — Guérison.

« Nous avions au dernier lit de la salle Saint-Jean, une femme de 25 ans qui nous était arrivée en pleine poussée de pelvi-péritonite. Le petit bassin était rempli de ces masses indurées qui sont constituées, à la fois par des annexes enflammées, et par les adhérences qui les entourent.

Tout l'abdomen était sensible, douloureux ; je prescrivis de la glace, et j'attendis, pour opérer, que la crise fut calmée. Cependant au bout d'une dizaine de jours, j'examinai à nouveau la malade, et je fus très étonné de trouver, à gauche de la ligne médiane, une saillie appréciable, qui tournait du côté de l'ombilic un contour régulier et arrondi.

La tumeur était dépressible, tendue ; il y avait encore de la fièvre, je me demandais si c'était un abcès ou une collection séreuse, lorsque, sous mes doigts, la tumeur s'affaissa brusquement ; je l'avais rompue.

Je fis porter la malade à la salle d'opérations, et je l'opérai de suite. Or, je ne trouvai dans l'abdomen que du liquide citrin, et à gauche de la ligne médiane, les débris déchirés d'une poche flétrie : au-dessous, la cavité du petit bassin était remplie par des adhérences ; faute de plan incliné et d'instruments, je me contentai de faire le drainage, qui prévint tout accident, et, plus tard, je pratiquai à cette malade l'hystérectomie abdominale totale.

Que serait-il arrivé si je n'avais pas drainé tout de suite après la rupture de cette collection septique ?

Probablement rien du tout : la rupture eût passé inaperçue, et je pense qu'il en est ainsi quelquefois : des poches se rompent spontanément, et disparaissent sans qu'on s'en aperçoive. Ce n'est là toutefois qu'une évolution très exceptionnelle, et d'ailleurs pleine de périls.

OBSERVATION IV (Chipault).

Rupture et perforation d'abcès de la trompe.

Femme dont la menstruation est régulière, mais très douloureuse. Dans l'espace de 5 ans, elle a 3 grossesses heureuses.

Depuis la dernière, elle a des métrorrhagies fréquentes. On lui trouve un cancer du col de l'utérus.

Trois heures après un double toucher, nécessaire pour reconnaître l'étendue de la production organique, développement d'une péritonite suraiguë.

A l'autopsie, petite perforation de la trompe gauche, distendue par du pus, et dont le pavillon est oblitéré. Inflammation chronique de la muqueuse utérine (Obs. VII de la thèse de Vuillième, p. 65).

OBSERVATION V (J. Comby).

Péritonite aiguë survenue à la suite de la compression de l'ovaire gauche chez une hystérique.

D... Alphonsine, 18 ans, couturière, entre le 6 avril 1880 à l'hôpital Lariboisière, service de M. Proust, salle Ste-Marie, no 21.

Cette jeune fille, habituellement bien portante, a été réglée à 16 ans. Depuis un an, elle a des attaques d'hystérie : boule hystérique, grands mouvements, etc.

Elle est entrée déjà à l'hôpital Necker et à l'hôpital Tesson.

Elle présente une hémi-anesthésie complète du côté gauche, portant sur la sensibilité générale et sur les sens spéciaux, vue, goût ouïe, odorat.

Parmi les couleurs, l'œil gauche ne peut distinguer que le rouge

L'ovaire gauche est très sensible à la pression : on peut, en exerçant, une pression sur cet ovaire, provoquer une attaque, de même qu'on peut l'arrêter lorsqu'elle s'est déclarée spontanément

8 avril. — L'application de 2 aimants, à gauche, ramène en quelques minutes la sensibilité générale et spéciale de ce côté mais, par contre, l'hémi-anesthésie passe à droite ; il y a trans-

fert. Les aimants sont retirés, et bientôt l'hémi-anesthésie repasse à gauche.

14 avril. — La malade a une grande attaque on lui comprime l'ovaire gauche avec beaucoup de modération, en se servant de la main; l'attaque cesse, mais il persiste un peu de sensibilité dans le ventre.

15 avril. — La douleur abdominale est plus aiguë, elle se généralise, le ventre se ballonne, et des vomissements bilieux apparaissent.

16 et 17 avril. — Tous les accidents s'aggravent: le ventre devient sensible à la moindre pression, la face est pâle et anxieuse, le pouls petit et fréquent, les extrémités froides. La malade n'ayant pas uriné depuis plus de 24 heures, nous pratiquons le cathétérisme, et nous ne retirons que quelques gouttes d'urine. La mort arrive le 17 avril à 4 heures du soir, 3 jours après la compression de l'ovaire.

Autopsie le 19 avril. — Péritonite généralisée, avec épanchement purulent dans la cavité péritonéale. Dans le petit bassin le pus est plus abondant et plus épais, et l'on aperçoit des fausses-membranes récentes et très vasculaires qui unissent l'utérus à la vessie.

Le maximum des lésions a nettement pour siège l'appareil utéro-ovarien. Les ovaires et les trompes, ainsi que la partie supérieure de l'utérus sont recouverts de fausses-membranes vasculaires, les lésions prédominent sur l'ovaire gauche.

Les ganglions lombaires sont altérés; à l'union de la veine rénale gauche et de la veine cave existe un gros ganglion suppuré. La dissection des ligaments larges faite avec le plus grand soin par M. Mayer, qui a bien voulu nous prêter son précieux concours, montre du côté droit une traînée lymphatique suppurée.

Les ovaires sont manifestement ramollis et congestionnés à un fort degré.

Le cul-de-sac utéro-rectal présente le déplissement du péritoine sans fausses-membranes et sans exsudat d'aucune sorte.

Incisant l'utérus, nous voyons sa cavité remplie par un liquide grisâtre, peut-être purulent. La muqueuse utérine présente, en certains points, notamment au niveau des orifices des trompes et des arbres de vie, une injection vive.

La pression sur les trompes donne issue à un liquide analogue à celui de la cavité utérine. Le vagin offre aussi dans son intérieur le même liquide sale, mais ne présente pas de lésions de la muqueuse, de telle sorte que, pour nous, ces altérations sont cadavériques et, dans tous les cas, d'ordre secondaire.

Remarques.— Le point de départ de la péritonite est évidemment dans les ovaires, et surtout dans l'ovaire gauche.

La pression exercée sur le ventre a-t-elle été la cause de ces accidents ? Nous nous contenterons de relever la coïncidence : 14 avril, compression de l'ovaire gauche chez une hystérique jusque-là très bien portante ; 15 avril, péritonite ; 17 avril, mort.

Nous croyons qu'un tel fait peut se passer de commentaires. (Observation IV de la thèse de Vuillième, p. 62).

OBSERVATION VI (Fontaine).

Annexite suppurée. — Exploration par le palper. — Péritonite localisée. — Guérison.

Il nous arriva un jour, à propos d'une malade qui désirait se lever, d'explorer attentivement l'hypogastre : nous ne déterminions pas de douleurs en pressant sur les divers points de la face antérieure de l'utérus.

Nous cherchâmes alors, selon le précepte de M. Béhier, vers les angles, et nous étions en train d'explorer les annexes, quand, tout-à-coup, la femme se plaignit de douleurs vives, aiguës, dans le point que nous venions d'examiner. Des symptômes non douteux de péritonite se déclarèrent, mais les désordres se localisèrent et la malade finit par guérir (Observation VI de la thèse de Vuillième, p. 65).

OBSERVATION VII (Verjus).

Abcès du ligament large ; rupture dans le vagin à la suite du toucher ; mort par maladie intercurrente.

Le 23 juin 1843, entre à la Pitié, la nommée M..., couturière, âgée de 30 ans. Comme la malade accuse des douleurs dans le bas-ventre, nous sommes amené à examiner cette partie avec soin.

A gauche, on perçoit assez profondément une tumeur ovalaire de la grosseur d'un œuf de poule, dure, résistante, fixe, affectant la direction du ligament de Fallope. Par le toucher vaginal, on reconnaît que cette tumeur siège dans les annexes de l'utérus, duquel elle est séparée par un sillon. Pendant l'exploration, M. Gendrin diagnostique : abcès du ligament large.

Le 6 juillet, la malade, tuberculeuse, avancée, meurt.

Autopsie. — Abcès à parois épaisses (3 lignes) ; obstruction de la trompe gauche ; ovaire transformé en poche ; ouverture dans le cul-de-sac gauche du vagin. Pus grisâtre (Obs. V de la thèse de Vuillième, p. 64).

OBSERVATION VIII (Monod).

Grossesse extra-utérine ; rupture pendant l'examen ; laparatomie le lendemain ; mort par hémorrhagie.

Femme R..., 38 ans. Réglée à 15 ans. Le 8 janvier 1893, les règles ne viennent pas ; elle est prise de douleurs abdominales, de picotements dans les seins, et d'une défaillance.

Le 22. — Nouvelle crise, vomissements, vertiges, perte légère jusqu'au 9 mars.

Le 9 mars. — Douleurs et perte plus considérable.

Le 22. — Expulsion de caillots et d'une caduque.

Le 28. — A l'examen, on trouve le col dur et fermé ; l'utérus est porté à droite ; dans le cul-de-sac postérieur et gauche, on sent une tumeur rénitente assez volumineuse. Pas de phénomènes inflammatoires. Colostrum et tubercules de Montgomery aux seins.

On diagnostique : grossesse extra-utérine.

La laparatomie est décidée.

Le 9 avril. — Nouvel examen : cinq minutes après, douleurs violentes au creux épigastrique ; nausées, défaillance.

On diagnostique la rupture, et on se tient prêt à intervenir si les phénomènes s'aggravent.

Morphine. Repos.

2 heures après, les douleurs et les nausées ont diminué.

6 heures après, les douleurs ont augmenté, le pouls est mou.

Température vespérale : 38°8.

La rupture est certaine ; la nuit se passe mauvaise.

Le 10 avril, température vespérale, 37°7, pouls petit et mou.

On pratique la laparatomie, qui dure 3/4 d'heure.

Mort à 6 heures. Hémorrhagie (Obs. IX de Vuillième p. 67).

OBSERVATION IX (W. J. Singly).

Rupture de grossesse tubaire au cours du palper abdominal. Hémorrhagie grave. — Guérison.

Grossesse tubaire droite rompue pendant un toucher bi-manuel.

La trompe et l'ovaire gauche avaient été enlevés 15 mois auparavant.

Etat très grave. — Collapsus, puis guérison (Obs. X de la thèse Wuillième, p. 68).

OBSERVATION X (Hayn).

Rupture d'une grossesse extra-utérine, provoquée par des manœuvres un peu fortes, faites par une sage-femme pour palper le ventre (Obs. XIII de la thèse de Vuillième, p. 68).

OBSERVATION XI (Maas).

Grossesse tubaire. Exploration par le palper et le toucher combinés. Rupture de la trompe au cours de l'examen. Mort par hémorrhagie.

OBSERVATION XII (O. Alberts ?)

Hémato-salpingite gauche, qui, à la suite d'examens répétés (toucher bimanuel), subit une augmentation de la tumeur. Puis la fièvre survient, et, avec elle, une grande exacerbation des phénomènes douloureux qui finirent par s'amender. Il n'est pas certain qu'il y ait eu rupture (Obs. XII de la thèse de Vuillième, p. 68).

OBSERVATION XIII (Aguinet).

Malade de 25 ans, ayant un enfant. Disparition des règles et douleurs continues dans le bas-ventre depuis trois mois ; pertes de sang et de caillots à diverses reprises ; expulsion d'une « peau » ayant tous les caractères d'une caduque utérine.

Le 24 novembre, à 9 h. 1/2, à la suite d'un toucher vaginal, la malade est prise d'une vive douleur dans le ventre, pâlit subitement, dit qu'elle voit trouble, qu'elle étouffe, et qu'elle va mourir. Le diagnostic de rupture avec inondation péritonéale s'impose. M. Souligoux, immédiatement appelé, après avoir fait une injection de morphine pour calmer les douleurs de la malade et sa dyspnée, qui est excessivement intense, la fait transporter sur la table d'opération.

Incision dans la position horizontale. La paroi est exsangue ; le péritoine apparaît violacé par transparence. Un flot de sang et de caillots s'en échappe ; évacuation rapide des caillots ; la malade est mise ensuite dans la position de Trendelenburg. L'hémorrhagie, arrêtée au moment de l'opération, provient de la trompe droite, qui est extirpée avec l'ovaire du même côté.

Syncope : respiration artificielle, tractions rythmées, injections d'éther et de caféine. La respiration reprend. Ablation du reste des caillots. Séchage de la cavité péritonéale aux tampons.

Suture en trois plans après examen des annexes saines de l'autre côté.

Drain. — Deux litres de sérum sous-cutané.

Pièces : caillot 600 grammes. La trompe est en forme de 7.

A la coudure correspondant à la partie ampullaire, rupture, du diamètre d'une pièce de 5 francs, d'où s'échappe la masse placentaire. L'extrémité utérine est imperméable. Le pavillon,

œdématié, laisse facilement pénétrer l'extrémité de l'index.

L'œuf est intact : embryon de 2 mois 1/2 déjà un peu macéré.

Mort le lendemain : à l'autopsie, on trouve plus d'un litre de sang dans le bassin ; les pédicules avaient bien tenu (Thèse Aguinet, p. 89).

OBSERVATION XIV (Tesson).

Femme de 28 ans, mère d'un enfant de 3 ans. Après un retard de règles de 15 jours environ, elle fut prise de douleurs abdominales aiguës avec vomissements, suivies de pertes rouges. Elle vient à pied à l'hôpital le 3 juin. On constate au toucher l'existence d'une hématocèle, et la malade est mise en observation. Le lendemain, accidents syncopaux à la suite d'un examen pratiqué cependant avec douceur. Opération immédiate. Deux litres de sérum intra-veineux. Le ventre est rempli de sang rouge. Ablation de la trompe droite rompue dans son tiers externe, au niveau de la face antérieure. Nettoyage du petit bassin contenant des caillots anciens et déjà solidement adhérents. Drainage. Guérison (Thèse Aguinet, p. 114).

OBSERVATION XV (Helme).

Femme de 32 ans, mère de 3 enfants, 6 semaines après ses dernières règles, pertes de sang par le vagin, douleur et pesanteur pelviennes

Examen par le Dr Douglas Bone, qui trouve une petite tumeur dans le cul-de-sac droit; le médecin est à peine parti qu'on le rappelle, la malade étant tombée tout d'un coup dans le collapsus. Il la retrouve pâle, avec un pouls à 140, et l'abdomen dis-

tendu, la tumeur pelvienne a disparu : vomissements continuels.

La malade reste 34 heures dans cet état, soutenue par des injections de strychnine et par la digitale, le pouls s'étant un peu remonté, le Dr Helme est appelé pour opérer. Péritoine plein de sang et de caillots. Trompe gauche élargie et distendue ; une rupture, dans laquelle on peut passer le doigt, siège à 1/3 de pouce de l'utérus. Ablation de la trompe et de l'ovaire ainsi que de la plus grande partie du sang. Pas de fœtus. Guérison (Thèse Aguinet, p. 115).

OBSERVATION XVI (Couvelaire).

Femme de 45 ans ; dernières règles il y a 66 jours. Arrivée à l'Hôtel-Dieu se plaignant de souffrir du ventre et de perdre du sang.

Elle est examinée sans qu'on puisse poser de diagnostic.

Peu de temps après, elle est prise d'une dyspnée extrêmement violente (40 respirations par minute). Face angoissée, extrémités froides et couvertes de sueur.

Battements du cœur très accélérés et faibles (130 par minute) ; de plus la malade se plaint d'une vive douleur dans la région lombaire. L'auscultation du poumon ne révèle rien ; on lui fait respirer de l'oxygène ; injections hypodermiques de caféine, d'éther. La malade est soulagée quelques instants, puis elle recommence à étouffer, les extrémités se refroidissent, et à 4 heures mort.

Autopsie. — Inondation péritonéale. Trompe droite rompue dans sa partie extrême. Embryon de 3 cm.5, (thèse Couvelaire. Obs. VIII).

OBSERVATION XVII (Rochet).

Femme opérée en 1893, à l'hôpital Stnivenberg, pour hématosalpinx droit. Revient à l'hôpital en 1896, se plaignant de douleurs dans le bas-ventre, et de pertes sanguines persistantes, mais peu abondantes ; il n'y a pas eu de retard de règles.

Chloroforme. — Exploration prudente et modérée. Le lendemain, le chirurgien apprend que sa malade est morte pendant la nuit. A l'autopsie, le péritoine est rempli de caillots sanguins ; la trompe gauche, gravide est rompue.

C'est le deuxième fait de Rochet se produisant dans des circonstances analogues (Thèse Aguinet, p. 131).

Nous rappelons ici les cas, assez nombreux, à son dire, qu'aurait observés Martin ou dont il aurait eu connaissance, et nous ajoutons à ces faits de rupture de collections tubaires ou péritubaires les faits suivants de rupture de petits kystes de l'ovaire par le toucher bi-manuel : les deux premiers furent communiqués à la séance du 6 octobre 1877 de la Société obstétricale de New-York.

OBSERVATION XVIII (Mundé).

Rupture de kyste de l'ovaire par le toucher bi-manuel.

Malade entrée à l'hôpital pour une rétention d'urine qui nécessita la dilatation de l'urèthre.

L'opérateur cherchait en même temps à constater l'état des ovaires : il trouvait celui du côté gauche augmenté de volume, et présentant les dimensions d'une grosse noix.

Pendant qu'il l'examinait par le toucher uréthral et le palper abdominal combinés, et très doucement appliqués, la petite tumeur cédait sous son doigt, et il concluait à une rupture : il n'y eut aucun accident fâcheux (Obs. XIV de la thèse de Vuillième, p. 69).

OBSERVATION XIX (Naeggerath).

A cette même séance, le Dr Naeggerath de New-York mentionne un cas dans lequel même chose lui advint pour les deux ovaires, à huit jours d'intervalle, sans accidents.

A la séance de la Société d'obstétrique, gynécologie et pédiâtrie de mai 1903, M. Pozzi commentant la communication de M. Legueu, cita les faits personnels suivants :

OBSERVATION XX (Pozzi).

J'ai observé cette rupture dans les kystes ovariques en voie de mortification. Quand la poche est ramollie, ainsi, à la suite de la torsion du pédicule, il suffit d'une exploration très légère pour la rompre. Je me souviens d'un cas dans lequel la rupture d'un de ces kystes fut suivie d'une inondation sanguine de tout le petit bassin.

On voit aussi des ruptures survenir, mais plus rarement dans les cas d'utérus fibromateux, quand il existe des collections appendues aux cornes utérines, et qui simulent des lobes de la tumeur. Il m'est arrivé deux fois de rompre des kystes follicu-

laires de l'ovaire, en examinant les malades sous le chloroforme. Je crois que celui-ci favorise les ruptures en paralysant les défenses abdominales ; la pression est ainsi plus forte au niveau d'un point d'appui dur, qui est l'utérus fibromateux.

Enfin le fait suivant est inédit, et nous est communiqué par M. le Dr de Frumerie.

OBSERVATION XXI (Thure Brandt junior).

Femme endormie dans le service de Landau. Toucher bimanuel. Le chirurgien a la sensation qu'il écrase une collection ovarienne au cours de son exploration. La laparatomie, pratiquée immédiatement, confirme le diagnostic.

IV

Il faut évidemment, pour nous faire une idée de ce qui revient à l'opérateur, et de ce qui revient au « destin » dans la pathogénie de semblables accidents, étudier successivement les diverses manœuvres d'exploration pelvienne, d'une part ; le siège et les altérations morbides des organes explorés, d'autre part.

Palper simple, toucher simple, toucher et palper combinés, tels sont les trois procédés d'examen qui nous intéressent ici.

Signalons pourtant qu'un examen aura d'autant plus de chances d'être inoffensif, qu'il se pratique dans de meilleures conditions : en l'espèce, c'est le relâchement parfait de la paroi abdominale, c'est la position élevée du bassin qui sont les meilleurs adjuvants.

Le palper doit être pratiqué avec d'autant plus de douceur qu'on se propose d'explorer un organe plus profond.

On doit déprimer lentement, engageant la malade à respirer tranquillement, et gagnant du terrain à chaque expiration ; il ne faut jamais essayer de for-

cer un ventre qui se défend. Hartmann dit qu'il faut palper, non avec l'extrémité des doigts, mais avec toute la face palmaire de la main ; nous ne croyons pas ce conseil très exact, en ce qui concerne l'exploration pelvienne, et nous préférons palper avec la pulpe des trois doigts moyens de nos deux mains accolées.

Le toucher seul, uni ou bi-digital, doit, lui aussi, être pratiqué avec douceur, et surtout avec méthode.

On conseille communément, quand le doigt est trop court, le vagin trop profond, de presser fortement le périnée, de l'invaginer en quelque sorte : une figure du Traité de Kelly montre comment le coude, arc-bouté contre la hanche, permet d'exercer une force suffisante. Nous ne pouvons nous empêcher de croire qu'un tel examen « à bras tendu », doit difficilement avoir la douceur, la légèreté nécessaires, et, en ce qui nous concerne, nous espérons n'y jamais avoir recours.

En somme, séparés, le palper et le toucher doivent toujours être inoffensifs pour les collections pelviennes.

Nous ne serons pas aussi affirmatifs pour le toucher bi-manuel, qui est cependant le plus précieux des modes d'exploration gynécologique.

« Bien que, tous les jours, en Allemagne, on attri-
« bue à Schultze le mérite de l'avoir inventé, il y a
« quelque vingt ans, nous savons en France qu'il est
« de date beaucoup plus ancienne, et que, préconisé
« par Puzos dès le début de ce siècle, vulgarisé par

« Velpeau et par Courty, il a toujours été pratiqué « par les gynécologistes français.

« Pour pratiquer ce palper bi-manuel, il faut se « servir de la face palmaire des doigts, et non du « bord radial de l'index...

« Pour atteindre plus facilement les annexes droi- « tes, il est bon de faire le toucher avec la main « droite, pour les annexes gauches avec la main gau- « che, de manière à toujours tourner la face palmaire « de la main du côté que l'on palpe » (Hartmann. *Annales de gynécologie et d'obstétrique,* 1903, p. 252).

Plus encore que pour le toucher et le palper séparés, il importe que le médecin qui examine ne veuille pas amener au contact, coûte que coûte, *ses deux mains abdominale et vaginale*: le toucher bi-manuel ne doit jamais être une manœuvre de force.

Mais ce qui frappe, à la lecture de nos observations, c'est que les accidents se sont produits entre les mains les plus expérimentées. Il ne s'agit donc pas habituellement de règles enfreintes ; « Je ne saurais, dit Legueu, m'accuser trop sévèrement, car je n'ai employé ici que la prudence et la douceur nécessaires à tout examen ». Il y a donc autre chose, à savoir l'état des organes explorés.

Pyo-salpinx, gravido-salpinx, pelvi-péritonite, toutes affections dont la déterminaison par rupture spontanée est bien connue : et l'on sait les deux facteurs qui interviennent dans la pathogénie de ces ruptures : l'altération propre de la paroi, d'une part,

les adhérences et leur travail de rétraction, d'autre part.

Les adhérences, qu'on est habitué à croire protectrices, peuvent donc constituer un grave danger, soit que, d'elles-mêmes, par une lente et silencieuse rétraction, elles arrivent à déchirer une poche, soit qu'elles résistent aux tentatives de mobilisation.

Ce dernier point nous paraît mériter quelque attention. Legueu cite parmi les conditions pouvant rendre la rupture plus facile « la situation sus-utérine ». Ceci s'explique aisément : dans un examen bi-manuel les deux mains vont à la rencontre l'une de l'autre, et, ce qu'elles apprécient, c'est l'organe, la tumeur qui les empêche de se rejoindre. Mais pour se rejoindre ainsi au niveau d'un cul-de-sac latéral, les deux mains n'ont pas de choix entre plusieurs chemins, si la collection à examiner se trouve située sur ce chemin, sans violence, sans difficultés, elle sera étudiée, sa forme, sa consistance, son volume aisément déterminés.

Mais supposons cette collection trop haute, sus-utérine : fatalement, pour percevoir ses caractères, nous sommes amené à l'abaisser avec notre main abdominale, à la luxer en quelque sorte, pour la ramener à une place telle que nous puissions associer les sensations tactiles des doigts de nos deux mains, association qui est le point capital dans le toucher bi-manuel.

Supposons également cette tumeur trop en arrière, profondément dans le Douglas : ici, c'est le doigt

inférieur, qui, instinctivement, tente de luxer en avant et en haut la tumeur, la collection qu'il faut ramener entre les deux mains, pour l'étudier convenablement. Par cette manœuvre, sur une trompe à paroi mauvaise, amarrée par des adhérences, on risque fort, on le conçoit, de provoquer la redoutable déchirure.

Et c'est là, vraiment, le seul point que nous voudrions voir souligné dans les articles et chapitres qui traitent du toucher bi-manuel: « *En présence d'une collection ou tumeur, qui n'est pas directement sur le chemin des deux mains exploratrices, ne jamais tenter qu'avec une extrême prudence de ramener la tumeur dans le champ d'exploration, et ne jamais insister, quand elle résiste, à moins d'être sûr que c'est à une tumeur solide que l'on a affaire.*

Enfin, il faut distinguer deux catégories bien nettes de cas: Dans la première, la poche se rompt *sous le doigt*; les sensations du chirurgien et de la patiente en font foi.

Dans l'autre la rupture a lieu un temps très-court après l'examen, ou, du moins, la rupture n'est pas perçue physiquement au cours de l'examen, et diagnostiquée seulement peu après, à l'apparition des symptômes spéciaux, symptômes d'inondation péritonéale habituellement.

V

Avant d'aborder les conséquences de la rupture, voyons la seconde catégorie de faits que nous nous proposons d'étudier, à savoir : les accidents possibles du massage gynécologique.

Stapfer, Howard, A. Kelly, posent nettement l'indication du massage dans les pyo-salpinx. Voici du reste des extraits intéressants et démonstratifs :

« La méthode de Brandt entre mes mains pendant « 5 ans, entre les siennes pendant 35 ans (et il a traité « ou fait traiter sous ses yeux jusqu'à 50 malades par « jour), n'a causé aucun accident entraînant la mort, « l'infirmité ou un préjudice quelconque.

« Je considère la méthode de Brandt, bien conduite, « comme tellement inoffensive, même dans certains « cas aigus ou subaigus, avec purulence possible, « que, si l'un de ces cas me tombait sous la main, « je le traiterais, rien que pour prouver cette béni- « gnité.

« Ce cas s'est présenté : je l'ai traité, et j'ai prouvé « ce que j'avais avancé, sans craindre de me compro- « mettre. Je dis la méthode de Brandt, je ne dis pas « la méthode de X ou de Z ». (*Traité de Kinésithérapie gynécologique* de Stapfer, p. 59).

Et plus loin :

« C'est à propos des trompes dilatées kystiques « que se pose la question de purulence...

« La fièvre n'est en aucune façon un indice certain « de purulence, même installée et persistante, même « de 40° ou 41°.

« Le pus est assez fréquemment collecté en très « petits foyers disséminés dans une coque épaisse « contenant l'ovaire inaccessible, et à laquelle est « accolée la trompe plus ou moins volumineuse.

« J'ai traité plusieurs cas semblables. La coque a « disparu, la trompe et l'ovaire sont devenus acces- « sibles avec induration tenace du ligament large. « Y avait-il du pus ? En ai-je favorisé la disparition ? « Je n'en sais rien.

« Je me borne à dire ici que, *hors cette fluctuation* « *nette bien exceptionnelle,* hors l'évacuation du pus « par un des viscères pelviens, et en cas de suppura- « tion tubaire par l'utérus, après massage, la purulence « n'a pas de critérium, et les plus sages en décident « sur un ensemble symptomatique souvent trompeur. « Le massage, véritable pierre de touche en gynéco- « logie, débrouilleur des situations douteuses et « complexes, rendra plus de services qu'il ne com- « mettra de méfaits dans les cas extrêmement nom- « breux où la purulence ne peut être que soupçon- « née. J'en ai cité un frappant exemple. C'est en « dissociant les organes agglutinés, et en résolvant « les plastrons de bois, que le massage facilite le « diagnostic.

« Cette propriété remarquable, et *la rareté relative de la suppuration dans les affections génitales*, vérité clinique trop méconnue, conseillent de ne pas entreprendre, en règle, d'opération, sans avoir éclairé la situation par un massage bien conduit ». (P. 132).

Laissant de côté les idées très personnelles de l'auteur sur la rareté des suppurations annexielles, nous retenons ce fait bien précis : dans les cas aigus, le massage est indiqué, au double point de vue diagnostic et curatif.

Malheureusement il ressort également de ces longues et claires citations, que si, suivant ces conseils, nous avons des accidents, ce sera purement de notre faute ; M. Stapfer veut ignorer les accidents qui pourraient arriver à d'autres que Brandt et lui.

En un mot, il a écrit son traité, non pour nous apprendre une méthode utile, mais pour nous faire connaître sa propre virtuosité. Cette dernière paraît certaine ; nous déplorons cependant le point de vue auquel se place l'auteur ; une méthode n'est bonne qu'autant qu'elle peut être appliquée par tous les praticiens consciencieux et de bonne volonté ; et la valeur d'une méthode ne peut être appréciée et précisée qu'autant qu'on consent à tenir compte des échecs de ces mêmes praticiens de bonne volonté.

Quel chirurgien, traitant par exemple du curettage dans l'infection puerpérale, et de la perforation utérine possible, oserait dire, comme M. Stapfer : « Je dis ma méthode, je ne dis pas celle de X. ou de Z »,

surtout, comme c'était le cas pour M. Stapfer, quand il a écrit cette ligne, après une série de *une observation*.

Howard A. Kelly conseille, comme traitement palliatif et expectant du pyosalpinx, « le massage évacuateur ». Son but, c'est l'évacuation par l'utérus, sous une légère pression (gentle pressure), avec espoir d'arriver ainsi à une complète guérison (tome II, p. 220).

« L'évacuation par l'utérus, sans opération, peut « être systématiquement mise en pratique, dans le cas « où il a été trouvé possible, au cours d'un examen « bi-manuel, d'exprimer le pus du sac dans l'utérus « et quand les symptômes ne sont pas urgents ». (p. 221).

« L'évacuation du sac par compression bi-manuelle, « convient particulièrement à ces cas dans lesquels « l'utérus forme une masse plus ou moins ronde, « bien délimitée, peu sensible, tandis que la voûte « vaginale n'est pas indurée.

« Le succès, dans cette forme de traitement, peut « être d'avance escompté, quand il y a des commé- « moratifs de décharges de pus par le vagin.

« Avec les précautions convenables, ce plan de « traitement est sans danger (*free-fromrisk*) tant « qu'on se gardera, comme il convient, de manipu- « lations violentes (*rough handling*) : en l'absence « d'un choix convenable des cas, il y a un danger immi- « nent de rompre le sac dans le péritoine, et de pro-

« voquer ainsi une péritonite souvent fatale » (p. 221-222).

Voici donc, avec Kelly, une indication posée nettement, sans équivoque, sans dérobade.

Peut-être pourrions-nous déjà répondre, avec Legueu, en nous en tenant aux faits que nous connaissons de rupture par le simple examen bi-manuel : *Ces faits « démontrent que certaines de ces poches sont fragiles, aptes à la ruptures et combien les manœuvres du massage sont délicates, et parfois périlleuses ».*

Avant de conclure, nous citerons cependant quelques faits.

OBSERVATION XXII

Société de chirurgie, séance du 2 janvier 1895.

M. S, Pozzi : « J'ai l'honneur de vous apporter des pièces fort instructives au point de vue des méfaits dont le massage gynécologique peut être responsable lorsqu'il est appliqué mal à propos. Il s'agissait, comme j'ai pu le vérifier, durant mon opération, d'un double pyosalpinx de petit volume... Or, l'interprétation des lésions (trouvées en opérant) ne me paraît pas douteuse : c'est le massage du double pyosalpinx qui a provoqué les hémorrhagies intra-tubaires, et, ce qui est plus grave, c'est encore lui qui a provoqué l'expression, hors du pyosalpinx gauche, d'une certaine quantité de pus, qui s'est heureusement enkysté, mais qui aurait pu provoquer une péritonite suraiguë. j'insiste sur ce point, que, la malade, au moment où elle a été

massée, ne présentait pas de symptômes aigus, et qu'on avait cru simplement à des résidus plastiques ou à des adhérences.

M. Bouilly. « On ne saurait trop souligner les véritables désastres dont le massage peut être responsable. Je puis en citer trois exemples : le premier concerne une femme atteinte de sarcome inter-utéro-rectal. Le massage a provoqué chez elle des hémorrhagies, puis une suppuration pelvienne, et la malade en est morte, etc... ».

M. Lucas-Championnière. « ... Il m'est arrivé d'ovariotomiser ou d'hystérectomiser plusieurs malades qui n'auraient pas eu besoin de ces interventions sérieuses, sans la désastreuse influence des séances de massage auxquelles elles étaient soumises. »

M. Richelot. « Le massage a certainement ses indications, mais ses méfaits n'en sont pas moins indiscutables, et j'en ai vu pour ma part plusieurs exemples. »

M. Routier. « Je considère, moi aussi, le massage comme très grave en cas de lésions annexielles ».

OBSERVATION XXIII (Bouilly).

Grossesse extra-utérine.

Massage. Péritonite. Laparotomie le huitième jour. Lavage et drainage du péritoine. Guérison. Expulsion ultérieure, par l'anus, de deux fœtus putréfiés (*Congrès de Chirurgie,* 1889).

OBSERVATION XXIV

(Due à l'obligeance de M. le Dr de Frumerie).

« Thure Brandt père racontait qu'un kyste s'était rompu une fois sous son doigt, comme une groseille mûre. La malade guérit sans accident aucun. »

OBSERVATION XXV

(Due à l'obligeance de M. le Dr de Frumerie).

Une cliente de Thure Brandt jeune, à Berlin, était en traitement depuis quelque temps pour un kyste de l'ovaire gros comme un œuf de poule. Un jour, l'opérateur ne retrouva plus le kyste, et la malade raconte qu'elle a eu, la veille au soir, en dansant, la sensation d'une rupture à l'intérieur. La malade a guéri très bien, sans incident.

Ce dernier fait n'est évidemment pas imputable au massage, mais il montre bien nettement la fragilité de la paroi kystique, et donne à penser que la rupture fut, dans ce cas, prématurée, mais se serait produite le lendemain sous les doigts, pourtant remarquablement exercés, de Thure Brandt junior.

Ainsi donc, et nous sommes heureux de voir des masseurs de grand talent le reconnaître avec nous, on a vu des poches se rompre au cours de massage gynécologique, et de massage gynécologique exécuté selon les règles. Le jour où M. Pozzi porta la question devant la Société de Chirurgie, de nombreux membres vinrent appuyer sa communication.

Ce n'est bien entendu pas le procès du massage gynécologique en général que nous tentons d'instruire ici : cette méthode n'en est plus à faire ses preuves; elle rend des services considérables ; de même, nous n'avions évidemment pas voulu faire plus haut le procès du toucher bi-manuel. Ce que nous espérons avoir montré, c'est que masseurs et médecins ont un commun intérêt à se faire mutuelle-

ment part de leurs succès et de leurs échecs, c'est encore qu'ils doivent préciser et limiter les indications de leur méthode.

En ce qui concerne la grossesse tubaire, point de discussion possible: elle n'a jamais été massée que par erreur ; il en résulte cette première conclusion, qu'une malade ne doit s'en remettre à un masseur qu'autant que celui-ci est en même temps docteur; au cas contraire, la responsabilité du masseur ne sera dégagée qu'autant que la malade lui aura été adressée par un médecin, après examen, et avec ordonnance détaillée.

En ce qui concerne les maladies inflammatoires des annexes, nous nous inscrivons formellement en faux, pour tout ce qui pourrait être *massage diagnostic*..

Enfin, au point de vue thérapeutique, et malgré la grande autorité de Kelly, nous ne tenterons jamais le massage évacuateur à moins de commémoratifs certains et récents de décharges par le vagin.

Il faut, nous semble-t-il, réduire les indications du massage, dans les maladies des trompes et des ovaires, à la résorption des vieilles adhérences, des reliquats d'une annexite ancienne, sèche, cliniquement guérie au point de vue microbien.

Nous pensons en somme, avec Olshausen, que dans les maladies des annexes, le massage n'est pas seulement inutile, mais presque toujours dangereux : ses indications sont très restreintes. « Il serait à la fois puérile et coupable de l'étendre à toutes les affections ».

VI

Les conséquences de la rupture sont variables ; elles dépendent d'abord de la nature et de la quantité du liquide épanché.

S'il s'agit d'une grossesse tubaire, l'hémorrhagie peut être infiniment variable ; tout le monde connaît l'inondation péritonéale, avec mort subite. Même si l'hémorrhagie est de moyenne abondance et s'enkyste, une péritonite secondaire peut enlever la malade.

S'il s'agit d'une collection séreuse, ovarique, tubaire, péri-tubaire, le pronostic est habituellement bénin.

Cependant deux réserves s'imposent ; souvent on ne sait pas la nature du liquide épanché ; d'autre part liquide séreux n'est nullement synonyme de liquide aseptique : les collections séreuses péri-tubaires étudiées par M. Legueu sont des collections modérément septiques, mais septiques tout de même ; et si leur pronostic est en fait bénin, cela tient surtout à ce qu'elles sont le résultat de la réaction d'un péritoine qui se défend.

Enfin pour ce qui est des collections franchement purulentes, plusieurs facteurs sont à considérer ; virulence des agents septiques, abondance du liquide

épanché, état antérieur de la séreuse. Ce dernier facteur est considérable : s'il existe déjà des adhérences, des fausses membranes cloisonnant le petit bassin, les chances de localisation du pus, de production d'un abcès, sont grandes.

Si rien ne protège la séreuse péritonéale, c'est la péritonite généralisée, et sans doute la mort.

Devons-nous nous demander s'il s'agit vraiment de péritonites généralisées, ou si, comme M. Quénu l'affirmait en 1897 à la Société de chirurgie, « les péri-« tonites que l'on croit généralisées sont seulement « très étendues ; elles ont beau s'étendre du plan-« cher pelvien ou diaphragme, elles ne sont pas géné-« ralisées, en ce sens que les anses intestinales sont « agglutinées, et que, de la sorte, elles se défendent « contre l'infection en l'enkystant pour ainsi dire ».

Cette distinction, intéressante au point de vue anatomo-pathologique, ne saurait beaucoup influer sur la décision qu'il faut prendre en pareil cas.

Quand on se croit sûr d'avoir rompu une poche, quand on n'est pas absolument certain qu'il s'agit d'un kyste ovarique ou para-ovarique, stérile et de faible volume, il faut faire la laparotomie immédiate.

Sans doute, certains cas guériraient seuls, soit que la collection soit peu septique, soit qu'elle s'enkyste sous l'influence du repos et de la glace, soit que la rupture se soit produite, non dans le péritoine, mais dans l'intestin, comme le signale M. Legueu.

Ces considérations ne doivent pourtant pas entrer en ligne de compte : « Rupture d'une collection

« séreuse, ouverture d'un abcès dans l'intestin, ce ne « sont, après tout, que des exceptious. Et comme on « ne peut, en pratique, se baser sur des exceptions, « la règle persiste intacte : quand, au cours du palper « abdominal, on sent une poche se rompre ou s'ef- « fondrer sous la main qui l'explore, il faut de suite « pratiquer la laparotomie, sans attendre les accidents « à venir. Pour éviter la dissémination du pus, il est « prudent de ne pas mettre la femme en position « déclive : il faut ouvrir l'abdomen dans la position « horizontale, évacuer la collection déjà répandue, « éponger le pus, essuyer les anses intestinales déjà « imprégnées.

« La conduite à tenir ultérieurement, varie un peu « avec l'intensité et le degré des lésions ; l'opération, « pour le reste, sera conduite comme elle le serait s'il « n'y avait pas eu rupture, et on fera la salpingectomie « simple, ou l'hystérectomie abdominale, suivant que « la lésion est uni ou bi-latérale. Le drainage sera « toutefois le complément nécessaire d'une opération « de nécessité, et dont le succès dépend surtout de la « précocité de son application » (Legueu).

CONCLUSIONS

I. — L'exploration pelvienne peut occasionner la rupture des collections tubaires ou péritubaires : le palper seul, le toucher seul, de façon tout exceptionnelle, le palper et le toucher combinés moins rarement.

II. — La connaissance de tels accidents entraîne l'obligation de pratiquer cet examen avec douceur : le toucher appuyé nous paraît inutile ; la tendance à subluxer en quelque sorte l'organe malade, pour l'examen entre les deux mains exploratrices, doit être combattue.

III. — Aussi bien, ces ruptures provoquées sont-elles le plus souvent des *ruptures spontanées déguisées :* l'altération des parois de la tumeur kystique, son siége, les adhérences insérées sur elle, et en voie de rétraction, sont les vrais facteurs à considérer, surtout quand au lieu d'une rupture pendant, c'est d'une rupture immédiatement après l'examen qu'il s'agit.

IV. — Ces accidents sont, *a priori*, plus à redouter encore au cours du massage gynécologique.

V. — Aussi faut-il préciser les indications de ce dernier : il est inutile et dangereux dans le traitement des maladies aiguës des annexes.

Le massage, moyen de diagnostic, doit être rejeté.

VI. — Les conséquences de la rupture intra-péritonéale varient avec la nature et l'abondance du liquide épanché d'une part, l'état antérieur de la séreuse d'autre part.

VII. — Toute rupture diagnostiquée commente la laparotomie immédiate.

VIII. — Il est bon, dans ce cas, de ne point faire usage du plan incliné avant d'avoir terminé la toilette du péritoine.

Vu : le Président de la thèse,
BERGER

Vu le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Aguinet. — Th. Paris, 1903.

Alberts. — Deutsche. med. Wochenschrift, 1878.

Bouilly. — Quatrième Congrès de chirurgie, 1889.

— Société de chirurgie (séance du 2 janvier 1895).

Cestan.— Th. Paris, 1894.

Choyan. — Th. Paris, 1896.

Comby. — Soc. anat., 1880, p. 295.

Couvelaire. — Th. Paris, 1901.

P. Delbet. — Des suppurations pelviennes chez la femme, 1891, p. 274.

Falk. — Deutsche, med. Zeitung, juin, 1901.

Fontaine. — Th. Paris, 1869.

Faure (J.-L.) — Chirurgie des annexes, Paris, 1902.

Helme. — Brit. med. Journal, 1897, p. 1471.

Hartmann. — L'examen clinique en gynécologie. (Annales de gynécologie et d'obstétrique, 1903, p. 24.

Hayn. — Neue Zeitung, VI, p. 130

Keller. — Th. Paris, 1872, p. 35.

Kelly. — Opérative Gynecology, 1902. Tome II.

Labadie-Lagrave et Legueu. — Traité médico-chirurg. de gynécologie, 1898.

Lawson-Tait. — Trans. obstetr. society of London, 7 nov. 1883, p. 234.

Legueu. — Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 1901, p. 440.

— Bulletin de la Soc. d'Obstétrique, gynécologie et pœdiâtrie, mai 1903.

Maas. — Beitrage zur Tubenschwangerschaft, Berlin, 1887.

Martin. — Traité des maladies des femmes, trad. Varnier et Weiss, p. 474.

— Die Krankheiten der Eileiter, 1895, p. 157.

Mundé. — Ann. J. of. obstétr., 1878, II, 582.

Naeggerath. — Ann. J. of. obstetr., 1878, II, 582.

Olshausen. — Centralblatt, f. gynæk, 19 janv. 1901, p. 65.

Pozzi. — Traité de gynécologie, p. 636, 648, 852.

— Soc. de chir., 2 janvier 1895.

Rochet. — J. d'accouchement de Charles, 1897, p. 7.

Romano. — Th. Paris, 1895.

Seuvre. — Th. Paris, 1874.

Schrœder. — Maladies des organes génitaux de la femme, 6e édit. (Traduction française, p. 372).

Stapfer. — Traité de Kinésithérapie gynécologique, 1897.

— Congrès de Bordeaux, 1895.

Tesson. — Gaz. hôp., 8 juil. 1902.

Verjus. — Th. Paris, 1844.

Vuillième. — Th. Paris, 1900.

Imp. de la Faculté de Médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.